

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7951	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAMRABET AHMED			
Date de naissance : 07/04/1966			
Adresse : ANDALOUS I RUE 3 N° 54 CASA			
Tél. : 0679982679	Total des frais engagés : 265,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. ALLAL Youness Tunomatologie - Orthopédie 556, Hay El Massid Avenue 2 Mars Casablanca - INDE : 091233540		
Date de consultation :	Alfred Lamrabet Age:		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prothèse dentaire		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à :	Le : 03 MARS 2009		
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29.02.2022			250,00	INP : 091233346 Dr. ALLALI Youness Traumatologie Orthopédie 555 Hay El Massid Avenue 2 Mars

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/20 -	15,80-

- Casablanca
ANALYSES - RADIGRAPHIES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
		INP : <input type="checkbox"/>																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																				
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession</p>					H	25533412		21433552	00000000		00000000	D 00000000		G 00000000	35533411		11433553	B		
		H																				
25533412		21433552																				
00000000		00000000																				
D 00000000		G 00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Dr. ALLALI Youn

Orthopédiste Traumato

Diplômé de Faculté de Mé
et de Pharmacie de Casablanca

دكتور علالي يونس

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصيل

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

et d'explor



Consultations

Appareil locomoteur

Casablanca, le : 29.01.2010

Ahmed Lourabet

15,80.

1 - Doliprane 500 mg

1 cps Ifor/ji

1's

PHARMACIE du 2 MARS

Mme. EL ALAOUI Aïcha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

Dr. ALLALI Youness
Traumatologie - Orthopédie
555 Hay El Massid Avenue 2 Mars
Casablanca - INPE : 091233346

555, Hay El Masjid, Avenue 2 Mars (à coté de l'hôpital Mohamed BOUAFI) - Casablanca

555، حي المسجد، شارع 2 مارس (جانب مستشفى محمد بوافق) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 09 02 79 - GSM : 06 66 88 52 63 - E-mail : dryounessallali@gmail.com